

Luces y Sombras de la reconstrucción mamaria

Article (Unspecified)

Porroche, Ana (2013) Luces y Sombras de la reconstrucción mamaria. MYS: Mujer y Salud, 34-35. pp. 30-33.

This version is available from Sussex Research Online: <http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/47584/>

This document is made available in accordance with publisher policies and may differ from the published version or from the version of record. If you wish to cite this item you are advised to consult the publisher's version. Please see the URL above for details on accessing the published version.

Copyright and reuse:

Sussex Research Online is a digital repository of the research output of the University.

Copyright and all moral rights to the version of the paper presented here belong to the individual author(s) and/or other copyright owners. To the extent reasonable and practicable, the material made available in SRO has been checked for eligibility before being made available.

Copies of full text items generally can be reproduced, displayed or performed and given to third parties in any format or medium for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes without prior permission or charge, provided that the authors, title and full bibliographic details are credited, a hyperlink and/or URL is given for the original metadata page and the content is not changed in any way.

MAMAS

- reconstrucción mamaria: Luces y sombras
- mamografías periódicas a examen

TERAPIAS

danza y palabras contra el dolor

VACUNA VPH

Las medias verdades ocultas

MEDIOAMBIENTE

- mercurio y bombillas de bajo consumo
- cosméticos y parabenos

DOSSIER:

viaje al fondo
de ti misma



staff

CONSEJO DE REDACCIÓN

Leonor Taboada Spinardi,
Directora MyS
Carme Valls Llobet,
Directora del Programa Mujer Salud y
Calidad de Vida
Montserrat Cervera Rodon,
Margarita López Carrillo,
Redacción
Núria Agell,
Secretaría de redacción

COLABORADORAS HABITUALES

Enriqueta Barranco
Malén Cirerol
Rita Gavarró
Pilar Parra
Maria Elena Cuyás
Esperanza Aguilà
Carmen Mosquera
Corina Hourcade
Gemma Cànovas
Regina Bayo-Borrás
María José Hernández
Jimena Jiménez

COMITÉ ASESOR

Charo Altable
Lucía Artazcoz
Vita Arrufat
Consuelo Catalá
Emilce Dio
Mari Luz Esteban
Anna Freixas
María Fuentes
Asunción González de Chávez
Neus Moreno
Isabel Matamala
Judy Norsigian
Carmen Sanchez-Contador
Fina Sanz
Victoria Sau
Verena Stolcke
Mª José Varela Portela

EDICIÓN

CAPS (Centro de Análisis
y Programas Sanitarios)
Rambla Santa Mónica 10.
Barcelona 08002
Tl. 93-3226554
e-mail: caps@pangea.org
Web: http://mys.matriz.net

Diseño y maquetación:
www.labodoni.com
Impresión: amadip-esment.
Centre especial de treball

Déposito legal: PM 765-1996

sumario

editorial. EL MyS Lo hacemos todas. Carme Valls-Llobet	3
hablamos. Noemia Loio y Vicky Moreno	4
cosas que nos pasan. AL rico MyS! Margarita López-Carrillo.	5
ARTÍCULOS:	
aborto, de la denuncia a la acción. Montserrat Cervera	6
genealogía feminista. BBR	7
la dictadura de la bur(r)ocracia. Gracia Serrano	8
juntas y también revueltas. Silvia Elgarrista-Vives. Corina Hourcade Bellocq . .	10
vacuna HPV	
Las medias verdades ocultas sobre la vacuna del papiloma. Enrique Gavilán.....	14
noticias HPV	18
EL síndrome de ASIA. Carme Valls-Llobet	19
MAMAS	
Las mamografías periódicas a examen. Guadalupe Martin Martin	20
luzes y sombras de la reconstrucción mamaria. Ana Porroche	29
MEDIOAMBIENTE	
bombillas de bajo consumo. ¿son perjudiciales para la salud. Eduard Rodríguez Farré	34
cosmética en el punto de mira. Los parabienes. Carme Valls-Llobet. . .	37
NUESTRO LINAJE	
sobre sabina spielrein. Clara Bermant.	39
MY S LIBROS	41
DOSSIER "VIAJE AL FONDO DE TI MISMA"	
presentación. Leonor Taboada.	43
cosas que quiero decir cuando digo "Autoconocimiento". Vita Arrufat Gallén	43
la conspiración contra la vulva. Ana Moltó Molina	45
tenemos el placer de presentaros a la clibioquina. Noemia Loio.	52
la educación de nuestros cuerpos y nuestra vida sexual. Alba Martínez Rebolledo	54
MINIDOSIS	55

myses publicados

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------|
| 1 NUESTRA MIRADA. Mujeres y hombres: Haciendo visibles las diferencias. | 8 OTRO MUNDO ES POSIBLE | 18 MONOGRÁFICO: CÁNCER DE MAMA. | 26 LA INQUIETUD DE LAS MÉDICAS |
| 2 DE PLOMO Y PLUMAS. Salud laboral para todas en el 2000. | 9 POR UN PUÑADO DE ÓVULOS. Revolución de la reproducción. | 19 MONOGRÁFICO: PARA HABLAR DE SEXUALIDAD NO NECESITAMOS EXPERTAS. | 27-28 PARA QUIÉN EL BENEFICIO |
| 3 HERMOSAMENTE MADURAS. Vivir más, vivir mejor. | 10 "DOCTORA, ME DUELE TODO". Fibromialgia. | 20 VEINTE NÚMEROS MEJORANDO LA SALUD DE LAS MUJERES. | 29 EL TRANSFONDO DEL MALESTAR |
| 4 DESCARGAS DE ALTO VOLTAJE. Las adolescentes. | 11-12 A VUELTAS CON LA MATERNIDAD. | 21 LAS MUÑECAS no tienen la regla, pero las mujeres SÍ. | 30 LA CRISIS DE LOS CUIDADOS |
| 5 LAS FOTOS QUE NO VIMOS. Autoconocimiento: la mejor ayuda para la vida. | 13-14 LA SALUD DE LAS MUJERES EN TIEMPOS DE GUERRA. | 22 DOSSIER VACUNA PAPILOMA: ¿PROTECCIÓN DE LAS NIÑAS O DE LA INDÚSTRIA? | 31 LA TIRANÍA DE LA BELLEZA |
| 6 VIOLENCIA DOMÉSTICA O VIOLENCIA DE GÉNERO. Un reto social y sanitario. | 15 SER MUJER NO ES UNA ENFERMEDAD. La medicalización. | 23 ¡QUÉ VIVA EL CORAZÓN! | 32 LOS RIESGOS DEL MAL AMBIENTE |
| 7 MATAR MOSCAS A CAÑONAZOS. Plaguicidas de uso ambiental. | 16 COMO TRATAR BIEN EL MALESTAR DE LAS MUJERES EN ATENCIÓN PRIMARIA. | 24 TU CUERPO, PERSONAL E INTRANSFERIBLE. | 33 SALVEMOS LA SANIDAD PÚBLICA |
| | 17 LA MALA SALUD LABORAL DE LAS MUJERES. | 25 DOSSIER ANTICONCEPCIÓN | |



Ana Porroche

Socióloga, Investigadora

anaporroche2000@yahoo.es

LUCES Y SOMBRAS de La reconstrucción mamaria

Este artículo es una reacción visceral a la cosificación y mercantilización de los pechos en los casos de cáncer de mama

Hace poco una foto sensual de Angelina Jolie acaparaba las portadas de la prensa rosa británica. El titular de una de esas portadas curioseaba con tono dramático sobre si la actriz se sometería al bisturí para extirparse los ovarios con el objetivo de "prevenir" su cáncer de mama. La manera en la que el titular estaba redactado denotaba preocupación sobre cómo esta operación podría afectar su atractivo sexual. La obsesión social sobre el 'devenir' de la imagen corporal de la actriz ya quedó de manifiesto el pasado mes de mayo, cuando anunció públicamente su decisión de someterse a una mastectomía profiláctica bilateral. Portada tras portada se elogiaba su figura atractiva y la valentía de su decisión. Artículo tras artículo se especulaba con las diferentes opciones quirúrgicas disponibles para reconstruir los pechos. Su marido Brad Pitt también acaparaba parte de las noticias, pero por motivos distintos: por no huir ante el riesgo de cáncer y la inminente mutilación de Angelina. La descripción del comportamiento de Brad Pitt evoca las imágenes de un mártir con doble efecto: no solo idealiza su conducta como si fuese la excepción entre los hombres - y no la actitud que se espera de un compañero en tiempos de adversidad- sino que refuerza la creencia social de que la

mastectomía es una mutilación de la feminidad.

Lo que me produce malestar alrededor de la cobertura mediática del caso Jolie es que se escribió muy poco sobre las posibles complicaciones de la reconstrucción mamaria a corto y largo plazo. También se escribió poco sobre el dolor físico de la cirugía, y sobre el posible impacto emocional y psicológico que la decisión podría tener en el bienestar de la actriz. Mucho menos se planteó la posibilidad de que esos pechos pudieran ser una fuente encarnada de placer sexual para la actriz que unas prótesis no pueden reemplazar. La posibilidad de *no*-someterse a una reconstrucción mamaria quedó fuera de toda discusión.

En este artículo no es mi intención juzgar la decisión de la actriz para someterse a una mastectomía bilateral; solo ella sabe lo difícil, dolorosa o lo meditada que ha podido ser; mucho menos pretendo trivializar los aspectos terapéuticos. Al contrario, uno de los objetivos de esta reflexión es recordar cómo para muchas mujeres las prótesis sí que son unos elementos fundamentales para restaurar la imagen fisiológica en términos de simetría, totalidad e integridad. También pueden ser terapéuticas porque ayudan a minimizar la ansiedad sobre la imagen corporal y restauran la feminidad. Sin embargo, otra de las características que me interesa resaltar, evidentes en parte importante de prácticas médicas

profesionales, es la cosificación y mercantilización de los pechos.

LOS DUELOS

Con frecuencia pensamos que una de las mayores tragedias de haber sido diagnosticada de cáncer es la posibilidad de perder un pecho, ya que, como he dicho, se entiende socialmente como una mutilación de la feminidad; pero lo cierto es que la mastectomía puede someter a algunas mujeres (y hombres) a múltiples procesos de duelo.

Dos tipos de duelo asumidos en el imaginario colectivo son: (a) el sentimiento de pérdida de un órgano esencial para sentirse cómoda en el propio cuerpo. Aquí la imagen corporal no está tan relacionada con la belleza sexual sino con el sentimiento de estar, ser y sentirse una persona "completa" y sana; es decir, que la mastectomía constituye una amenaza a la vivencia de la integridad. (b) El sentimiento de pérdida de una parte del cuerpo clave para expresar la sensualidad al mundo exterior. Para algunas mujeres la reconstrucción mamaria puede ser una herramienta poderosa para resolver este tipo de duelos; para muchas otras, no. Me gustaría hacer hincapié en que esta experiencia terapéutica no es generalizable al conjunto de todas las mujeres, sino que depende de la personalidad de cada una y de su entorno. Esto significa que este modelo terapéutico no debe prescribirse de

manera sistemática, y mucho menos impositiva en la consulta médica, en la habitación del hospital o durante la sesión psicológica.

Según Cathie Malhouitre, co-fundadora de la asociación francesa de cáncer de mama *Au Sein de sa Différence*, este problema crónico se puede solucionar con un enfoque pedagógico en el tratamiento del cáncer de mama. Según la autora, la centralidad del pecho en el paradigma oncológico es lo que hace que sea uno de los principales puntos controvertidos en el trato/tratamiento del cáncer de mama. Por un lado la mama se considera socialmente como un órgano valioso e identitario para muchas mujeres y por eso se quiere cuidar pero, al mismo tiempo, esta práctica profesional se ve influida por años de aculturación médica, que hace que asignemos propiedades milagrosas a los avances tecnológicos, combinado con una mirada androcéntrica sobre la sexualidad de las mujeres, y con la obsesión de los cirujanos por alcanzar un ideal de belleza estética.

Malhouitre explica que muchos profesionales perciben los torsos mastectomizados y planos como un doble fracaso: no han podido prevenir la extirpación del pecho, ni han conseguido devolver la femineidad a las mujeres. Malhouitre es pionera de un proyecto en el que se trabaja con diferentes profesionales de oncología para reflexionar sobre el rol de los expertos en el proceso terapéutico. Se propone un modelo basado en la idea de que el profesional más que imponer soluciones, es un facilitador en el proceso de toma de decisiones. Es decir, considera que la mejor manera de ayudar a la paciente es presentando todas las opciones terapéuticas -incluyendo la lista de pros y contras de cada uno-, de manera clara, sencilla y equilibrada. Entre estas opciones está incluida la no-reconstrucción como una posibilidad

real. Un segundo aspecto que se aborda con los profesionales es la idea de que las mujeres no deben considerarse ni como víctimas de la femineidad ni de la mastectomía, sino como agentes que toman decisiones y son capaces de resistir y redefinir lo que consideran un cuerpo completo, bonito y sano. Es decir, tanto la reconstrucción como la no-reconstrucción, y el no llevar prótesis mamarias, son opciones perfectamente legítimas, independientemente de la edad de la mujer, del estado civil, de la orientación sexual, etc.

Pero la mastectomía puede desencadenar otro tipo de duelos sobre los que se ha reflexionado poco desde una perspectiva crítica. Precisamente, parte del problema del eslogan "salvar las mamas" que utilizan algunas organizaciones que trabajan con cáncer de mama es que reduce la identidad corporal a la imagen corporal, al sentido de la vista. Los pechos se perciben socialmente como meros objetos sexuales para agradar al otro, y como tal se considera que pueden ser reemplazados fácilmente. No solo eso, determinados expertos dan por hecho que "no hay mal que por bien no venga" y presentan la cirugía como una ocasión excepcional para mejorar estéticamente el pecho de las mujeres. Esto es a lo que yo llamo cosificación y mercantilización de los pechos, ya que el pecho se considera un objeto para el consumo masculino. La idea de que los pechos pueden ser una fuente genuina de placer físico y erotismo, que sienten y experimentan el mundo exterior, es inconcebible y percibida como radical. Sin embargo, este tipo de sentimiento forma parte de la vivencia cotidiana de muchas mujeres.

LOS MITOS

En nuestra torpeza para comprender el impacto de la cirugía en el bienestar de



www.absolutelysafe.com

las mujeres se conjugan dos mitos que yo percibo como claves:

El mito que reduce la sexualidad de la mujer a su belleza física

Este primer mito se sustenta en la creencia de que *todas* las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama están ansiosas porque la pérdida del pecho puede dañar gravemente su atractivo sexual. Se asume que alcanzar el ideal de belleza establecido por los cánones femeninos equivale a una buena sexualidad, de manera que no debe resultarnos extraño que determinados profesionales de la salud, asociaciones de afectadas, psicólogas, y algunas mujeres afectadas describan la mastectomía como el fin de la vida sexual. Esto explica en parte que el monopolio en la investigación "social" sobre el cáncer de mama se centre en el impacto de la mastectomía en la subjetividad femenina: ya sea para comprender las repercusiones en la vida sexual de las mujeres o para repensar abordajes terapéuticos que suelen estar centrados en la promoción de las prótesis o cirugía de reconstrucción; o en terapias psicológicas para que las mujeres se "pongan guapas y se sientan bien".

Indudablemente cuatro problemas se derivan de este primer mito. Uno, este énfasis por "normalizar" el cuerpo envía y refuerza el mensaje de que los cuerpos mastectomizados son monstruosos y repulsivos. Dos, la sexualidad de las mujeres es compleja, y aunque

pueda tener un componente psicológico relacionado con la autoestima, hay otros muchos factores que pueden inhibir el apetito sexual, por ejemplo el dolor en la zona radiada, la reducción de la libido a consecuencia de los tratamientos o simplemente tristeza o rabia ante la pérdida. Estas prácticas han contribuido a medicalizar y psicologizar determinados duelos que no encajan con las expectativas sociales.

Esta tendencia medicalizadora de la sexualidad me lleva directamente al tercer problema. Con frecuencia aquellas mujeres que resisten presiones sociales y médicas para reconstruirse o para disimular la carencia del pecho tienen que defenderse de etiquetas y reacciones que las acusan de machorras, anti-eróticas, repulsivas o negativas. Activistas y escritoras como Lorde o Matuschka se lamentaron en más de una ocasión de que la función de las prótesis más que un invento para mejorar el bienestar de la persona afectada, es un invento para mitigar la incomodidad de los demás, pues muchas personas no saben como reaccionar cuando tienen delante un paciente con cáncer.

Por último, una sociedad que pone tanto énfasis en la belleza (de los pechos), paradójicamente, no deja espacio para llorar la pérdida de una supuesta fuente tan importante de orgullo para esas mujeres. Según Lorde y Matuschka la presión social para reconstruirse y ocultar la "carencia" puede dificultar que las mujeres superen la pérdida al bloquear el proceso de duelo. La reconstrucción mamaria el mismo día de la mastectomía pretende silenciar emociones como la rabia, el miedo, la tristeza o la inseguridad en el cuerpo de una misma; arrebatando el tiempo necesario para resolver la pérdida, proceso que conlleva asimilación y aceptación del nuevo cuerpo, así como

redescubrimiento y adaptación. Con semejante obsesión por "restaurar" la normalidad no es sorprendente que muchas mujeres puedan sentirse temerosas de desvelar sus emociones por miedo a ser tildadas de vanidosas o negativas.

El mito que sostiene que las únicas funciones de los pechos son las de lactancia y la decorativa para estimular a los hombres

La creencia heteronormativa y androcéntrica de que el pecho tiene una función decorativa, está tan arraigada, que Dorothy Broom ha definido las reconstrucciones mamarias como "dildos"¹. Broom argumenta que el principal objetivo de las prótesis es restaurar la belleza para satisfacer las fantasías y necesidades sexuales del otro. Hace más de una década que Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (2000, 1993) nos alertaron de que algunos profesionales de la salud animaban (por no decir presionaban) a las mujeres a hacerse una reconstrucción en el mismo día que la mastectomía. Tampoco es sorprendente que las pacientes salgan del quirófano con alguna talla de más si tenían *demasiado* poco pecho, o de menos si tenían *demasiado* mucho. Y no solo eso, en algunas ocasiones se proponía la extirpación del pecho sano para maximizar el resultado estético. Se puede decir que hoy en día esta práctica es bastante habitual en España, de la misma manera que está creciendo la tendencia a recomendar -casi como la única opción- la mastectomía a mujeres con alto riesgo de cáncer de mama. Hablando del "efecto Jolie", Welch nos alerta de los peligros de normalizar las opciones terapéuticas y sostiene que la "mastectomía profiláctica es una opción razonable para cualquier mujer que tenga los genes BRCA 1 o BRCA2, pero no es necesariamente la única opción correcta"

¹ Juguetes eróticos

Una ojeada rápida a la página web de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE) basta para darnos cuenta del valor que se adscribe a los pechos. La SECPRE asegura en su página principal que la reconstrucción de la mama "es uno de los procedimientos quirúrgicos actuales dentro de la cirugía plástica más seguros y gratificantes para la paciente". También asegura que la tecnomedicina permite "recrear una mama muy similar en forma, textura y características a la no operada incluyendo la areola y el pezón". Sorprende el hecho de que algunas de las informantes de mi trabajo de campo relatan una lista interminable de complicaciones después de la cirugía y sin embargo la SECPRE no las advierte entre sus prioridades.

EL PLACER OLVIDADO

Aparte de minimizar los riesgos de los diversos procedimientos, la SECPRE se olvida de mencionar que las prótesis no pueden devolver la capacidad para experimentar el mundo, ni tampoco pueden devolver la capacidad de sentir placer o experimentar deseo. Iris Marion Young, en uno de sus artículos más reveladores -*The Breasted Experience*- plantea que "desde la posición del sujeto femenino, la característica más importante de los pechos es la capacidad de sentir y percibir sensaciones, y no la apariencia física". Las mamas nos permiten sentir el calor de las personas que abrazamos, cambian de forma y de tamaño dependiendo de nuestro ciclo hormonal y de nuestra salud, se moldean y reaccionan de manera diferente frente al calor, frío y deseo. Las posibilidades de que algunas mujeres puedan experimentar placer con la lactancia, o en palabras de Young, la posibilidad de que los pechos "puedan ser una zona

fluida que proporciona un placer profundo bastante independiente del coito, aunque en algunas ocasiones no independiente del orgasmo” son completamente omitidas.

De hecho, algunas mujeres definen la omisión, o minimización, de esta información en términos de injuria. Algunas se dan cuenta de la pérdida cuando ya han sacrificado el pecho sano. Otras, conscientes de la experiencia corporal se ven frustradas al ver que sus expectativas casi utópicas sobre la cirugía, son inalcanzables. Vale la pena señalar que un estudio de Jennifer Fosket demostró que la reconstrucción mamaria puede llegar a ser doblemente frustrante para algunas mujeres. Por un lado, los implantes son incapaces de restituir la capacidad corporal de experimentar placer físico. Por otro lado, los pechos excitaban claramente a los compañeros enajenando a la mujer y produciendo una sensación de injusticia social, donde una vez más el placer del otro se antepone al de una misma.

Por supuesto, cualquier experiencia no puede ser generalizable, y hay que aceptar que una forma legítima de obtener placer es dando placer. Tampoco se puede culpabilizar a los compañeros de ser egoístas o inconscientes al ignorar las necesidades sexuales de sus parejas. De hecho, uno de mis informantes masculinos, amante de una mujer que había sufrido una doble mastectomía (un pecho estaba afectado con cáncer pero el otro no), fue una de las personas que más me ayudó a ser consciente de mi propio pecho-agente-viviente, y aprehender la complejidad y belleza de la sexualidad femenina. Federico me explicaba con tristeza infinita que para su compañera la palabra mastectomía es un eufemismo para referirse a la castración de uno de sus órganos sexuales por excelencia: los pezones. Cuando le pregunté si había cambiado algo en su relación después del diagnóstico, sin titubear me explicó que ahora les quedaba la ardua tarea de aprender, o mejor dicho desprogramar, nuevas formas de experimentar placer encarnado pues las prótesis eran incapaces de devolver la

excitación, el placer y la capacidad de tener orgasmos. Y amargamente se lamentaban de que nadie les hubiese preparado mentalmente para afrontar esta realidad tan cruda.

Para concluir, diremos que como profesionales sanitarias, amigas y colegas debemos tener cuidado a la hora de recomendar alegremente el uso de prótesis, reconstrucción, o como dice la poeta Lorde, cualquier ‘artefacto’ para recuperar la feminidad. Debemos recordar que no hay una única forma de sentirse mujer, ser atractiva y experimentar placer sexual. Y por lo tanto tenemos que tener cuidado de no medicalizar y patologizar a las mujeres cuyas reacciones no encajen con nuestras concepciones idealizadas de sexualidad femenina. Finalmente, para los cirujanos que recomiendan la reconstrucción sería importante ponerse en la piel de las mujeres para intentar comprender que ninguna prótesis, por perfecta que sea, va a sustituir la experiencia corporal y sensorial de los pechos naturales. Esta epifanía es el paso previo a un cuidado médico ético y centrado en el paciente.

Bibliografía

- Broom, Dorothy, (2001), Reading Breast Cancer: Reflections on a Dangerous Intersection. *Health*: 5(2): 249–268.
- Ferraro, Susan, (1993), “You Can’t Look Away Anymore’ Interview to Matuschka. *New York Times*, August 15: 25.
- Fosket, Jennifer, (2000), Problematizing Biomedicine: Women’s Constructions of Breast Cancer Knowledge. In *Ideologies of Breast Cancer. Feminist Perspectives*. Laura Potts, ed. Pp. 15–36. Basingstoke: Macmillan Press Ltd.
- Lorde, Audre, (1992), *The Cancer Journals*. San Francisco: Aunt Lute Books.
- Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, (2013), Reconstrucción Tras Cáncer de Mama. Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética. <http://www.secpres.org/index.php/etras/2013-02-01-13-09-27/cancer-de-mama>, accessed September 10, 2013.
- Welch, H.G., 2013. What Angelina Jolie forgot to mention. *CNN*. URL <http://www.cnn.com/2013/05/17/opinion/welch-jolie-mastectomy/index.html> (accessed 8.22.13).
- Wilkinson, Sue, and Celia Kitzinger, (1993), Whose Breast Is It Anyway?: A Feminist Consideration of Advice and “treatment” for Breast Cancer. *Women’s Studies International Forum* 16(3): 229–238.
- Young, Iris Marion, (1992), Breast Experience: The Look and the Feeling. In *The Body in Medical Thought and Practice*. Drew Leder, ed. Pp. 215–230. *Philosophy and Medicine*, 43. Springer Netherlands. http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-015-7924-7_13, accessed September 25, 2013.
- Visita: Au Sein de sa Difference. <http://auseindesadifference.com/2013/07/08/vivre-avec-vers-une-image-differente-du-cancer-colloque/>